

FICHA DE INSCRIÇÃO

CURSO

| |
|--|
| Designação _____ |
| Data de Início ____/____/____ |
| Inscrito por Organismo • Título Individual • |

PARTICIPANTE

Nome: _____

Morada: _____

Localidade: _____ Cod. Postal _____ Telefone (____) - _____

Nº Ordem dos Médicos: _____ Especialidade: _____

Data Nascimento: ____/____/____

Nº B.I. _____ Data: ____/____/____ Arquivo de _____

NIF: _____ Endereço correio eletrónico: _____

DADOS PROFISSIONAIS

Instituição: _____

Morada: _____

Localidade: _____ Cod. Postal _____ Telefone (____) - _____

Funções que desempenha na Instituição: _____

Formação na área de Codificação Clínica: Não ☐ Sim ☐ Nº anos na Atividade: _____

Responsável pela Inscrição: _____

Serviço _____

Elemento de contacto - Nome: _____ Tel: (____) _____ Fax: (____) _____

NIB da ACSS: 0781 0112 00000001352 89, para efeitos de transferência bancária do pagamento da inscrição.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA INSTITUIÇÃO
(validada por selo branco ou carimbo a óleo)

CrITÉRIOS de seleção

Ordem de inscrição

Comunicação da seleção

Prazo mínimo 15 dias úteis antes do início do curso.

Certificado

Serão passados diplomas aos formandos que cumpram os requisitos definidos em cada curso.

A ACSS pode proceder à **anulação** de qualquer ação programada no caso de não existir um número mínimo de inscritos ou por qualquer outro motivo de gestão, procedendo ao reembolso da inscrição quando a mesma tenha sido regularizada.

Para mais informações consultar www.acss.min-saude.pt